

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitaja

Kevät 2018

Emmi Mankinen, Julia Ylikylä

# GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN VAJAARAVITSEMUKSEN TUNNISTAMINEN

– toimintamalli Tyksin naistentautien poliklinikalle

Emmi Mankinen, Julia Ylikylä

# GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN VAJAARAVITSEMUKSEN TUNNISTAMINEN

- toimintamalli Tyksin naistentautien poliklinikalle

Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti on virheellistä kehon fysiologiseen tarpeeseen nähden. Siitä aiheutuu kehon koostumukseen ja sen toimintaan haitallisia muutoksia. Sairaalapotilailla vajaaravitsemusta esiintyy noin 20-60%:lla ja syöpäpotilaista jopa 80%:lla. Syöpä sairautena ja sen vaativat hoidot voivat vaikuttaa ruokahaluun heikentävästi ja siten altistaa vajaaravitsemukselle. Vuosittain naisilla todetaan Suomessa 13000 uutta syöpätapausta, joista 1500 on gynekologisia syöpiä.

Hoitajat ovat tärkeässä roolissa vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa potilaan ensikontaktista lähtien. On tärkeää löytää vajaaravitut ja sen riskissä olevat potilaat ajoissa, sillä vajaaravitsemus lisää sairastavuutta, hoidon tarvetta sekä kuolleisuutta, pidentää sairaalassaoloaikaa ja kolminkertaistaa sairaanhoidon kustannuksia. Kun potilaan ravitsemustila on hyvä, komplikaatioiden vaara on vähäisempi, voimakkaammat hoidot mahdollistuvat ja elämänlaatu paranee, joka lisää jaksamista arjessa sairauden kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Tyksin naistentautien poliklinikalle toimintamalli gynekologisen syöpäpotilaan vajaaravitsemuksen seulonnasta. Työn tavoitteena on tuoda ilmi vajaaravitsemuksen seulonnan tärkeys varhaisessa vaiheessa, sekä lisätä tietoa ravitsemustilan vaikutuksesta syöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja paranemisprosessiin.

## ASIASANAT:

Vajaaravitsemus, syöpä, gynekologiset syövät, varhainen seulonta.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

2018 | 30 + 4

Emmi Mankinen, Julia Ylikylä

# SCREENING OF MALNUTRITION ON GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS

- operating model for TYKS gynecological outpatient clinic

Malnutrition is state of body, where the intake of energy, proteins and other nutrients is incorrect in relation to the physiological need of the body. That causes detrimental changes to the body composition and its function. 20-60% of hospital patients and 80% of cancer patients are suffering about malnutrition. Hard treatments and cancer itself may cause lack of appetite and predispose to the malnutrition. There is annually 13 000 new cancer diagnoses in Finland and 1500 of them are gynecological cancers.

Nurses have an important role in screening of malnutrition from the patient's first contact. Malnutrition causes morbidity, need of treatment and mortality, adds length of treatment period and triples the costs of medical care. Because of that, it's important to find those people who are malnourished or under the risk of having it. When the patient's state of nutrition is balanced, risk of having complications is lower and harder treatments are enabling. Patient's quality of life gets better, which increases strength in everyday life with the cancer.

The purpose of this thesis is to create operating model to TYKS gynecological outpatient clinic, about how to screen malnutrition of gynecological cancer patients. Aim of this thesis is underscore the importance of early screening of malnutrition and increase the information about how nutritional state effects cancer patient's comprehensive treatment and healing process.

## KEYWORDS:

Malnutrition, cancer, gynecological cancer, early screening.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 VAJAARAVITSEMUKSEN MÄÄRITELMÄ JA NORMAALI RAVINNONTARVE</b>	<b>8</b>
2.1 Vajaaravitsemukseen johtavat syyt, aiheuttavat tekijät ja seuraukset	10
2.2 Vajaaravitsemuksen riskien tunnistaminen ja arviointikeinot	11
<b>3 GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVAT POTILAAT</b>	<b>14</b>
3.1 Munasarjasyöpä	14
3.2 Kohdunrunkon syöpä	15
3.3 Kohdunkaulansyöpä	15
3.4 Kohdun sarkoomat	16
3.5 Ulkosynnytinsyöpä	16
3.6 Tutkimukset ja hoito	17
3.7 Syöpä ja syöpähoitojen vaikutus potilaan ravitsemustilaan	18
<b>4 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET</b>	<b>20</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ</b>	<b>21</b>
<b>6 TOIMINTAMALLIN TOTEUTUS</b>	<b>22</b>
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>24</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>25</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>27</b>

## LIITTEET

Liite 1,2. NRS 2002 ravitsemushoitlomake

Liite 3. MUST vajaaravitsemuksen seulontalomake

Liite 4. Toimintamalli vajaaravitsemuksen seulontaan Tyksin naistentautien poliklinikalle

## KUVAT

Kuva 1. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja luokittelu

8

# 1 JOHDANTO

Vajaaravitsemus on tila, jossa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti on virheellistä kehon fysiologiseen tarpeeseen nähden. Tästä aiheutuu kehon koostumukseen ja sen toimintaan haitallisia muutoksia. Sairaalapotilailla vajaaravitsemusta esiintyy n. 20-60%:lla ja syöpäpotilaista jopa 80%:lla. (Orell-Kotikangas ym. 2014.) Syöpä sairautena ja sen vaativat hoidot voivat vaikuttaa ruokahuuun heikentävästi ja siten altistaa vajaaravitsemukselle. Kun potilaan ravitsemustila on hyvä, komplikaatioiden vaara on vähäisempi ja voimakkaammat hoidot mahdollistuvat. (Sinisalo 2015.) Vajaaravitsemukselle ei edelleenkään ole määriteltynä yhtä ainoaa diagnoosia tai kriteeriä. Se voidaan kuitenkin luokitella kehon tulehdustilan perusteella kolmeen alaryhmään. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Hoitajilla on vajaaravitsemuksen riskin tunnistamisessa suuri merkitys ja vastuu (Nuutinen ym. 2010). Hoitaja tekee riskiseulonnan, mutta diagnoosin vajaaravitsemuksesta tekee kuitenkin ainoastaan lääkäri. Seulonnan tarkoituksena on löytää ne potilaat, joilla on vajaaravitsemustila tai riski sen kehittymiseen. On tärkeää löytää vajaaravitut ja sen riskissä olevat potilaat, sillä se lisää sairastuvuutta, hoidon tarvetta ja kuolleisuutta. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaalassa oloaika vajaaravitun potilaan kohdalla on keskimäärin 3-6-vuorokautta pidempi. Sairaanhoidon kustannukset ovat tästä syystä jopa kolminkertaiset verrattuna hyvässä ravitsemustilassa oleviin. Ylipainoon verrattuna vajaaravitsemuksen on arvioitu aiheuttavan EU-alueella yli kaksi kertaa suuremmat kustannukset. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Nykyisen valtion ravitsemusneuvottelulautakunnan ravitsemushoitosuosituksen mukaan jokaiselta potilaalta tulisi selvittää vajaaravitsemusriski viimeistään toisena hoitopäivänä käyttäen esimerkiksi NRS-seulaa. Osastohoidon jatkuessa, tulee seula toistaa viikon välein. (Pihlajamäki ym. 2012.)

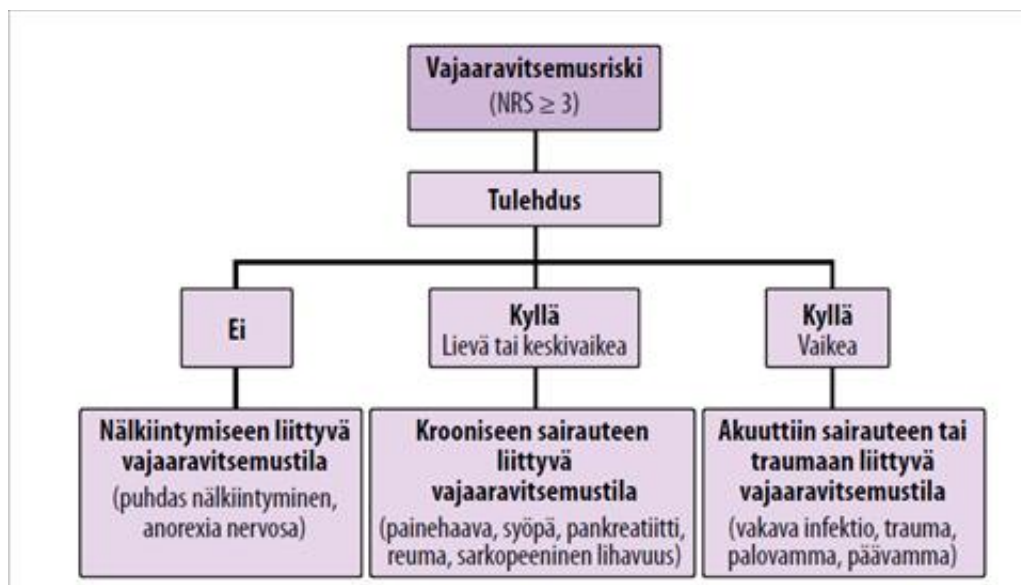
Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tarkoituksena on luoda Tyksin naistenklinikalle toimintamalli, joka soveltuu gynekologisen syöpäpotilaan vajaaravitsemuksen seulontaan poliklinikalla. Tavoitteena on lisätä keinoja gynekologista syöpää sairastavien vajaaravitsemuksen tunnistamisen helpottamiseksi poliklinikalla, jotta vajaaravitsemukseen pystyttäisiin puuttumaan jo varhaisemmissa vaiheissa ennen osastolle menoa. Toimeksiantajana on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH) naistenklinikka ja opinnäytetyö on osa käynnissä olevaa Steppi-hanketta. Naistenkli-

nikka tarjoaa erikoissairaanhoidon kolmella eri vastuualueella, jotka ovat raskauden ja synnytyksen hoito, gynekologinen hoito ja gynekologiset syöpäpotilaat ja niiden hoito osastoilla, sekä poliklinikoilla (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2018).

## 2 VAJAARAVITSEMUKSEN MÄÄRITELMÄ JA NORMAALI RAVINNONTARVE

Vajaaravitsemus koskettaa varovaisen arvion mukaan Suomessa lähes puolta miljoonaa sairaalapotilasta vuodessa (Orell-Kotikangas ym. 2014). Vajaaravitsemus eli malnutrition on kehon tila, jossa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti on virheellistä henkilön kokonaistarpeeseen nähden. Vajaaravitulla ravintoaineiden saannissa on joko, ylimäärää, puutetta tai epäsuhtaa, joka aiheuttaa muutoksia haitallisesti henkilön toimintakykyyn, kehon kokoon tai koostumukseen. Vajaaravitsemusta ei sovi sekoittaa aliravitsemukseen, sillä aliravitsemus (undernutrition) viittaa ainoastaan ravintoaineiden, eritoten proteiinin ja energian puutteelliseen ja riittämättömään saantiin. (Nuutinen ym. 2010.) Yksipuolinen ravitsemus voi johtaa ylipainoon ja onkin tärkeää tiedostaa, että normaali- tai ylipainoinenkin henkilö voi kärsiä vajaaravitsemuksesta (Rintahaka 2017). Väestön lihoessa potilaat ovat aikaisempaa useammin ylipainoisia ja vajaaravitsemus voikin niin sanotusti olla hautautunut ylipainon alle (Orell-Kotikangas ym. 2014).

Vajaaravitsemukselle ei edelleenkään ole määriteltynä yhtä ainoaa diagnoosia tai kriteeriä. Vajaaravitsemusriskiä pystytään kuitenkin selvittämään eri seulontamenetelmin, esimerkiksi NRS 2002 menetelmällä. Se voidaan luokitella kehon tulehdustilan perusteella kolmeen alaryhmään (kuva 1).



Kuva 1. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja luokittelu (Orell-Kotikangas ym. 2014).



Krooninen ravintoaineiden puute, eli niin sanottu ”näлкиintymiseen liittyyvä vajaaravitse-mus” tarkoittaa tyypillistä aliravitsemusta tai näлкиintymistä. Krooniseen sairauteen liittyy-västä vajaaravitsemuksesta puhuttaessa tarkoitetaan tilaa, jossa energiantarve ja ty-pen kulutus ovat lisääntyneet potilaan kroonisen sairauden takia. Sairauteen liittyyvä kehon tulehdus ja paranemisprosessi nostavat energiantarvetta, siihen liitettyä puut-teellinen ravinnonsaanti altistavat vajaaravitsemukselle. Tulehduksen vakavuus vaikut-taa lihaskudoksen menetykseen ja sen nopeuteen, sekä kehon typen tarpeeseen. Tu-lehduksen/tulehdusaste voidaan luokitella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Normaalisti terveellä aikuisella energiantarve vuorokaudessa on noin 1600-2500 kcal, ikä, sukupuoli ja fyysinen aktiivisuus vaikuttavat tähän. Syöpäpotilaalla energiantarve pysyy kuitenkin useimmissa tapauksissa samana, vaikka fyysinen aktiivisuus olisikin vähentynyt. Arvion päivittäisestä energiantarpeesta voi selvittää kertomalla 30-35 kcal jokaista omaa painokiloa kohden. (Viitala 2016.) Hyvällä ja monipuolisella ravitsemuk-sella on todettu olevan terveyttä edistäviä vaikutuksia ja merkitystä lukuisten sairauksi-en riskien pienemiseen. Terveyttä edistävä ruokavalio sisältää erilaisia kasvikunnan tuotteita kuten kasviksia, palkokasveja, täysjyväviljaa, marjoja ja hedelmiä. Lisäksi tär-keitä ovat kala, pehmeät öljyt ja rasvattomat maitotuotteet. Kuitenkaan yksittäisillä ruo-ka-aineilla ei ole terveyttä edistävää tai heikentävää vaikutusta, ruokavalion kokonai-suus on se, mikä ratkaisee. Syömällä monipuolisesti ja tasapainoisesti suositusten mu-kaan ruokavalio kattaa pääsääntöisesti ravintoaineiden tarpeen, jolloin ei ole tarvetta ravintolisille. (Fogelholm ym. 2014.) Vajaaravitsemusmuodosta riippuen ravitsemustilaa voidaan korjata oikeanlaisella ravitsemuksella. Esimerkiksi anorexia nervosa- potilaan tai dementiaa sairastavan vanhuksen ravitsemustila ja kehon koostumus saadaan normalisoitumaan, kun syömistä haittaavat tekijät saadaan hoidettua. Pelkästään ra-vinnonsaantia lisäämällä ei kuitenkaan voida korjata vaikeasti vammautuneen tai kroo-nisesti sairaan potilaan vajaaravitsemusta tai ravitsemustilaa. Ravitsemustila voi kor-jautua täysin vasta, kun vammautuneen/kroonisesti sairaan tila stabiloituu tai potilas parantuu. Hyvällä ravitsemushoidolla voidaan kuitenkin edistää potilaan toipumista, hidastaa lihaskatoa ja lisätä hoitojen sietoa. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

## 2.1 Vajaaravitsemukseen johtavat syyt, aiheuttavat tekijät ja seuraukset

Sairauteen liittyvä vajaaravitsemus jää usein huomioimatta ja diagnosoimatta, vaikkakin sitä esiintyy kehittyneissä maissa 20-60%:lla sairastuneista ihmisistä ja syöpäpotilaista jopa 80%:lla. Syövän laatu, sijainti ja levinneisyys vaikuttavat vajaaravitsemuksen yleisyyteen. (Orell-Kotikangas ym. 2014.) Suomen yliopistosairaaloissa (HUS, KYS, TAYS) on tutkittu vajaaravitsemuksen vaihtelua diagnoosin mukaan. Selvitysten mukaan esimerkiksi gastrokirurgisista potilaista 10% ja sisätauti- ja kirurgisista potilaista 35% olivat vajaaravitsemusriskipotilaita. (Mäkelä 2015.) Sairaus, sekä sen hoito voivat vaikuttaa henkilön aineenvaihduntaan, heikentää ruokahalua, kiihdyttää kataboliatilaa, lisätä ravintoaineiden menetystä ja huonontaa niiden imeytymistä (Nuutinen ym. 2010). Kataboliatilalla tarkoitetaan kudosten hajoamista (Sinisalo 2015).

Vajaaravitulla potilaalla on usein väsymystä, ruokahaluttomuutta ja voimattomuutta. Vajaaravitsemustila lisää leikkausten jälkeisiä jälkitauteja, altistaa painehaavoille ja erilaisille infektioille, sekä heikentää leikkaus haavojen paranemista. (Nuutinen ym. 2010.) Heikentyneen lihasvoiman myötä hengityslihaksissto heikkenee, joka vaikeuttaa yskimistä ja aiheuttaa hengitysvaikeuksia, tämä altistaa rintakehän alueen infektioille, sekä hengitysvajaukselle. Lisäksi vajaaravitsemuksesta voi seurata heikentyntä lämmönsäätelyä, depressiota, itsensä laiminlyömistä, heikentyntä sukupuoliviettiä, sekä hedelmällisyyttä. (Nutricia 2008.)

Vajaaravitsemus voi myös vaikuttaa lääkeaineiden imeytymiseen ja jakautumiseen kehossa ja siten muuttaa lääkeaineiden tehoa. Huono ravitsemustila hidastaa potilaan toipumista, heikentäen samalla potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä. Tämä taas lisää hoitoaikaa, työmäärää, kustannuksia ja kuolleisuutta. (Nuutinen ym. 2010.) Sairauteen liittyvään vajaaravitsemukseen on kuluneen kymmenen vuoden aikana enenemissä määrin kiinnitetty huomiota. Tästä aiheutuvien kustannusten on arvioitu muodostavan n.10% terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksista. Vaikka kattavia selvityksiä vajaaravitsemuksesta tai sen vaarassa olevien sairaalapotilaiden määrästä ei Suomessa ole tehty, voidaan olettaa vajaaravitsemukseen liittyvien ongelmien olevan hyvin yleisiä suomalaisillakin. Kyssiin (Kuopion yliopistollinen keskussairaala) tulleista, juuri diagnoosin saaneista syöpäpotilaista 58% oli vajaaravittuja tai vajaaravitsemus vaarassa, seulontaan käytettiin MUST- ja NRS 2002 menetelmiä. (Pihlajamäki 2012.)

## 2.2 Vajaaravitsemuksen riskien tunnistaminen ja arviointikeinot

Syöpäpotilaan oikeanlainen ravitsemushoito on tärkeä osa hoitoja, sillä sen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa ravitsemustilaa, estää tai pysäyttää painonlaskua, sekä mahdollistaa tarvittavat hoidot (Nuutinen 2010). Edellytyksenä potilaan hyvälle kliiniselle ravitsemushoidolle on, että ne potilaat, joilla on riski vajaaravitsemustilaan tai, jotka ovat jo vajaaravittuja, tunnistettaisiin mahdollisimman nopeasti jo hoitojen varhaisessa vaiheessa (Orell-Kotikangas ym. 2014). Keskeisiä menetelmiä vajaaravitsemusriskin ja ravitsemustilan arvioinnissa ovat painon ja pituuden mittaaminen, painohistorian seuranta, sekä arvio potilaan syömistä ruokamääristä. Myös mittaamalla olkavarren tai reiden ympärystä ja silmämääräisesti tarkastelemalla potilaan olemusta voidaan arvioida lihaskudoksen, sekä ihonalaisen rasvakudoksen menetystä. (Nykänen ym. 2015.) Lisäksi laboratoriokokeet, nesteen kertyminen ja käden puristusvoiman heikkeneminen voivat edesauttaa vajaaravitsemuksen diagnosointia. Sairaalapotilaista noin joka kolmas on riskipotilas. Seulomalla vajaaravitsemusta löydetään ne potilaat, jotka muuten jäisivät löytämättä ja hoitamatta. Varhainen vajaaravitsemuksen riskien tunnistaminen ja hyvä ravitsemushoito ovat tärkeä osa potilasturvallisuutta ja hyvää hoitoa. Komplikaatioiden ehkäisemiseksi ja sairaalassaoloajan lyhentämiseksi on tärkeää, että ravitsemushoito tulee aloitettua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa riskipotilaiden kohdalla. Myös hyvä kirjaaminen on tärkeätä käyntien yhteydessä, koska sillä mahdollistetaan hoidon jatkuvuus ja seuranta. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Hyvä seulontamenetelmä on tutkimusnäyttöön perustuva. Se on helppokäyttöinen, nopeasti toteutettavissa ja helposti toistettavissa, sekä soveltuu päivittäiseen työhön eri henkilöryhmille käytettäväksi. Sillä pystytään luotettavasti tunnistamaan vajaaravitsemuksen riskejä ja erottamaan ne potilaat joilla riskiä ei ole. (Nuutinen ym. 2010.)

S. Hautaniemen mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 19.3.2018) tämän hetkinen käytäntö Tyksin gynekologisella vastuualueella vajaaravitsemuksen ja sen riskien seulonnassa perustuu pääosin NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) seulontalomakkeella tehtävään riskien arvioon. Seulonta tehdään osastolla jokaisella käynnillä kaikille gynekologista syöpää sairastaville potilaille. Osastolle potilaat menevät poliklinikan kautta, jossa vajaaravitsemuksen seulontaa ei toteuteta järjestelmällisesti seulontalomakkeen avulla. Kun potilas tulee osastolle, mitataan häneltä paino sekä pituus ja ne kirjataan hoitotaulukkoon. Käytössä on myös vajaaravitsemusriskissä olevan osastohoitopotilaan ravitsemushoitomalli, johon on jaoteltu kohdat: potilaan tullessa osastolle,

tehostettu ravitsemushoito, potilaan ollessa osastolla ja potilaan kotiutuesssa/jatkohoitoon siirtymisen yhteydessä. Ravitsemushoitomalliin on kohtakohdalta opastettu mm: milloin otetaan käyttöön ruokailuiden seurantalomake, minkä kokoisella annoksella tehostettu ruokavalio aloitetaan, kuinka paljon täydennysravintovalmisteita minkäkin vajaaravitsemusriskin omaavat tarvitsevat ja ohjeita painon kehittymisen seurantaan ja ravitsemushoidon kotihoitoon/jatkohoitoon. Ravitsemushoitomallissa on myös kerrottu, milloin tulee olla yhteydessä ravitsemusterapeuttiin ja pyytää häneltä tarkempia ohjeita. (S. Hautaniemi, henkilökohtainen tiedonanto 19.3.2018.)

NRS 2002 seulontamenetelmä on ESPEN (the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) järjestön kehittämä vajaaravitsemuksen seulontamenetelmä (ESPEN 2016). NRS 2002 perustuu riskipisteytykseen, pisteitä voi saada 0-7 ja jos pisteitä on yhteensä kolme tai enemmän kyseessä on riskipotilas (Liite 1, 2). Riskipisteitä saadaan ravitsemustilan heikkenemisen, sairauden aineenvaihdunnallisen vaikutuksen ja iän perusteella. Sitä onko ravitsemustila jo heikentynyt, määritellään potilaan painonlaskun, vähentyneen ravinnon saannin ja painoindeksin perusteella. Aineenvaihdunnallisella vaikutuksella tarkoitetaan sitä, kuinka potilaan fysiologinen tila lisää energian, sekä erityisesti typen tarvetta. Vanheneminen lisää riskiä vajaaravitsemukseen, 70-vuotias tai sitä vanhemmat saavat iän perusteella yhden riskipisteen lisää. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

NRS 2002 menetelmän lisäksi yksi yleisimmistä seulontamenetelmistä on BAPEN (the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) järjestön kehittänyt MUST-seulontamenetelmä (Malnutrition screening tool) (Liite 3). BAPEN on hyväntekeväisyysjärjestö, joka perustettiin 1992 yhdessä lääkäreiden, ravitsemusterapeuttien, sairaanhoitajien, sekä potilaiden kanssa, tarkoituksena edistää tietoisuutta vajaaravitsemuksesta ja ravitsemuksellista hoitoa. (BAPEN 2018.) MUST-menetelmä on kehitetty aikuisten vajaaravitsemuksen ja sen riskin tunnistamiseen, ja se sisältää toimintaohjeet vajaaravitsemusriskin hoitoon. Sitä voidaan käyttää myös aikuisen ylipainon ja liikalihavuuden tunnistamiseen. Seulontamenetelmän käyttö soveltuu terveydenhuollon ammattilaisille sairaaloihin, vanhainkoteihin sekä muihin hoitolaitoksiin ja se on nopea, helppokäyttöinen ja luotettava. (Nutricia 2008.)

Seulonta tulisi tehdä jokaisen potilaan kohdalla jo ensimmäisellä tapaamiskerralla, jotta pystytään nopeasti aloittamaan tarvittavat toimenpiteet. Menetelmää on myös tärkeää toistaa säännöllisesti, sillä terveydentila ja ravitsemustila voivat muuttua. (Nutricia 2008.)

MUST- menetelmä on helppokäyttöinen, ja se on viisivaiheinen. Ensimmäisten kahden vaiheen aikana mitataan henkilön pituus ja paino sekä lasketaan kehon painoindeksi (BMI, body mass index) BMI:n avulla pystytään arvioimaan proteiini- ja energiaravitsemustilaa painoon ja pituuteen pohjautuen. BMI lasketaan paino (kg) jaettuna pituus (m) x pituus (m). Tärkeää tässä vaiheessa selvitetään myös, jos henkilöllä on lähiaikoina, 3-6 kuukauden aikana tapahtunut äkillistä painon laskua. Jos painoa ja pituutta ei pystytä mittaamaan, on mahdollista käyttää vaihtoehtoisia mittauksia kuten kyynärvarren pituuden tai polven korkeuden mittausta. Lisäksi käyttää potilaan/asiakkaan itsensä ilmoittamaa pituutta ja painoa, jos annetut tiedot vaikuttavat luotettavilta. (Nutricia 2008.)

Kolmannessa vaiheessa arvioidaan akuutin sairauden vaikutus ja neljäntenä vajaaravitsemusriskin suuruus tai aste laskemalla yhteen saadut pisteet. Mikäli kehon painoindeksiä tai tahatonta painon laskua ei ole mahdollista määrittää, siirrytään käyttämään subjektiivisia kriteerejä. Näitä ovat kliininen arvio potilaan ulkoisesta olemuksesta, havaittavissa oleva kuihtuminen tai lihavuus, vaatteiden istuvuus, potilaan oma arvio ruokahalusta. Selvitetään myös, onko ollut psykofyysisiä syitä, jotka ovat vaikuttaneet painoon tai akuutti sairaus, jonka takia ravinnon saanti on ollut tai tulee olemaan vähäistä vähintään 5 vuorokauden ajan. Viidennen vaiheen aikana laaditaan hoitosuunnitelma, jossa voidaan käyttää apuna MUST- menetelmän yleisohjeita ja/tai paikallisia hoitokäytäntöjä. Jos potilaan vajaaravitsemusriski on kohtalainen tai suuri, tarvitsevat he ravitsemus neuvontaa, ohjeistusta ja hoitoa. Hoitosuunnitelmassa on tärkeää tavoitteiden ja päämäärien asettamisen lisäksi huomioida vajaaravitsemukseen vaikuttavat syyt ja huolehtia potilaan ravinnonsaannista. (Nutricia 2008.)

## 3 GYNEKOLOGISTA SYÖPÄÄ SAIRASTAVAT POTILAAT

Vuosittain naisilla todetaan Suomessa 13000 uutta syöpätapausta, joista 1500 on gynekologisia syöpiä (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2015). Naisen sukupuolielimiksi määritellään munasarjat, munajohtimet, kohtu, emätin ja ulkosynnyttimet (Puistola 2015). Gynekologiseksi syöväksi luetaan: munasarjan tai munajohtimen, kohdun runko-osan, kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttimien syövät, joilla jokaisella on omat erityispiirteensä oireiden ja riskitekijöiden suhteen (VSSHP 2017). Gynekologisten syöpien yleisimpiä riskitekijöitä ovat kuitenkin, potilaan korkea ikä ja sukurasite. Eniten syöpiä todetaan 60-65-vuotiailla. Nuoremmalla iällä syöpään sairastumisen taustalla onkin usein perinnöllinen syy. (PHHYKY 2015.) Gynekologinen syöpä voidaan löytää syöpäseulonnoissa tai sattumalta gynekologisen perustutkimuksen yhteydessä (Joensuu 2013). Syöpädiagnoosiin pääsemiseksi tehdään useita tutkimuksia, joita ovat: gynekologinen perustutkimus, ultraäänitutkimus, laparoskopia, verikokeita ja muita tutkimuksia kuten TT ja magneetti kuvaus (PHHYKY 2015). Syöpäkasvaimesta otetaan leikkauksen yhteydessä kudoksenäyte, jonka tutkimisen jälkeen voidaan vasta varmuudella todeta kasvaimen laatu ja varmistaa diagnoosi (Joensuu 2013).

### 3.1 Munasarjasyöpä

Munasarjasyöpä kuuluu gynekologisiin syöpiin ja on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä (Puistola 2015). Vuonna 2015 todettuja munasarjasyöpätapauksia diagnosoitiin 436 kappaletta (Suomen Syöpärekisteri 2015). Munasarjasyövän esiintyvyys kasvaa iän myötä ja eniten tautia todetaan 60-70 ikävuoden välissä. Tämän jälkeen esiintyvyys taas vähenee ja kaikista sairastuneista ainoastaan kolme prosenttia on alle 30-vuotiaita. Periytyvyyden on todettu liittyvän sairastumiseen ja noin 5-10% munasarjasyövistä on periytyviä. Syntyyn vaikuttavat myös hormonaaliset tekijät, lapsettomuus, endometrioosi, vaihdevuosien hormonihoito, sekä erilaiset munasarjojen toimintahäiriöt lisäävät sairastumisriskiä. Ovulaatioita vähentävät tekijät kuten raskaus, synnyttäminen ja imetysaika ovat munasarjasyövältä suojaavia tekijöitä. Myös yhdistelmäehkäisytabletit, sterilisaatio, sekä kohdunpoisto vähentävät sairastumisen riskiä. (Munasarjasyöpä: käypä hoito- suosituksen Munasarjasyöpä potilasversio, 2012; Puistola 2015.)

Tauti on usein alkuvaiheessa ja edetessäkin oireeton, jonka vuoksi noin kahdella kolmesta munasarjasyöpäpotilaasta tauti on toteamisvaiheessa edennyt jo pitkälle. Syöpä havaitaan usein sattumalta gynekologisen tutkimuksen yhteydessä, ultraääni eli kaikututkimuksen avulla pystytään erottamaan munasarjakasvain kohtukasvaimista ja arvioimaan onko muutos hyvän- vai pahanlaatuinen. Usein oireita alkaa ilmaantua vasta kun kasvain on jo kookas tai kun se on jo levinnyt muihin kudoksiin tai elimiin. Yleisiä oireita ovat väsymys, paineen tunne alavatsalla, virtsaamisvaivat, vatsavaivat, sekä ruokahaluttomuus. Vasta myöhäisoiireena tulee kipu, joka voi johtua verenvuodosta kasvaimessa tai kasvaimen repeämisestä. (Puistola 2015.)

### 3.2 Kohdunrunгон syöpä

Kohdunrungonsyövällä tarkoitetaan yleensä kohtuontelon limakalvon syöpää, johon sairastuu noin 800 naista vuosittain suomessa. Sairastuminen tapahtuu usein 60-75-vuotiaana. Altistavana tekijänä pidetään merkittävimpänä estrogeenihormonia. Lisäksi ylipainoisuus, erilaiset aineenvaihdunnan häiriöt, varhain alkaneet ja myöhään loppuneet kuukautiset, hormonikorvaushoidot ja lapsettomuus lisäävät elinaikaisen estrogeenin määrää elimistössä ja ovat riskitekijöitä sairastumiselle. Perinnöllisyydellä on myös todettu olevan vaikutusta sairastumiseen. Fyysisestä kunnosta huolehtiminen, painonhallinta, liikunnan harrastamisen ja ehkäisytablettien käyttöä on pidetty suojaavina tekijöinä kohdunrungonsyövältä. Myös useat synnytykset sekä pitkään jatkunut imetys suojaavat kohdun limakalvosyövältä. (Puistola 2015.) Diagnoosiin pääsemiseksi gynekologisen perustutkimuksen lisäksi tehdään kohdun ultraäänitutkimus, otetaan papa-näyte ja otetaan kohtuontelosta kudospäätteet. Tarvittaessa voidaan tehdä kohtuontelon kaavinta tai tähystystutkimus. (Tiitinen 2017.)

### 3.3 Kohdunkaulansyöpä

Vuosittain noin 150 naista suomessa saa diagnoosin kohdunkaulansyövästä ja maailmanlaajuisesti siihen sairastuu noin 500 000. Sairastumista ilmenee eniten 35-45-vuotiailla. Kohdunkaulansyövän altistavana tekijänä on HPV- virus (Human Papillooma Virus), joita on 100 erilaista tyyppiä. Osa viruksista ovat korkean riskin viruksia, jotka liittyvät syöpään ja Suomessa todettuja virustyyppisiä ovat tyypit 16 ja 18. Yhtenä altistavana tekijänä pidetään myös tupakkaa ja on todettu, että tupakoivilla naisilla esiintyy

enemmän parantumattomia HPV- tulehduksia joiden esiastemuutoksia, kuin syöpiäkin, tupakanpolto lisää. Papaseulontojen avulla pystytään havaitsemaan oireettomat esiastemuodot, joista kohdunkaulansyöpä kehittyy. Seulontoja suositellaan otettavaksi viiden vuoden välein 30-60-vuotialta, jotta niitä pystyttäisiin hoitamaan jo varhaisessa vaiheessa. Seulontaohjelmien rinnalle on kehitetty rokote, estämään esiastemuutosten syntyä. Rokotteen arvellaan vähentävän syövän esiintyvyyttä tulevaisuudessa. (Puistola 2015.)

Tyypillisiä kohdunkaulansyövän oireita ovat epämääräinen gynekologinen vuoto, poikkeava verinen vuoto, joka voi olla jatkuvaa ja siihen saattaa liittyä erilaisia tulehduksen oireita, kuten haju vuodossa ja lämmön nousu. Vaikka naisella ei olisikaan oireita, epäily voi herätä gynekologisen tutkimuksen yhteydessä, jos kohdun suulla ilmenee poikkeavia muutoksia. Poikkeavista soluista otetaan irtosolunäyte ja diagnoosin varmistamiseksi tehdään kohdunsuun mikroskooppitähystys (kolposkopia). (Puistola 2015.)

### 3.4 Kohdun sarkoomat

Kohdun sarkooma on aggressiivisesti käyttäytyvä syöpätyyppi, jonka osuus kaikista syöivistä on noin neljä prosenttia. Selkeitä riskitekijöitä synnylle ei tiedetä, mutta yhtenä harvinaisena riskitekijänä pidetään rintasyöpäpotilaiden käyttämää tamoksifeenia. Sarkooma voi sijaita kohdun limakalvolla tai lihaskerroksen sisällä, jolloin oireet poikkeavat toisistaan sijainnin mukaan. Limakalvolla sijaitessa oireena saattaa olla verinen vuoto, kun taas lihaskerroksen sisällä oleva syöpä harvoin edes oireilee. Diagnosointi tapahtuu usein vasta leikkauksen jälkeen, sillä kohtuontelosta otettavista näytteistä ei ole välttämättä apua diagnosoinnissa. (Puistola 2015.)

### 3.5 Ulkosynnytinsyöpä

Ulkosynnyttimien syöpien osuus kaikista gynekologisista syöivistä on 4-5% ja on selvästi harvinaisempi. Ulkosynnytinsyöpään sairastuneet ovat usein iäkkäitä, mutta nykyään sitä tavataan myös nuoremmilla. Syövän syntyyn vaikuttavia syitä ei tiedetä, mutta iäkkäiden potilaiden ulkosynnyttinalueen kroonisten tulehdusten tiedetään alistaavan synnylle ja nuorilla potilailla HPV- altisteisuus on syövän syntyyn liittyvä tekijä. Oireina potilailla ilmenee usein pitkään jatkunutta kutinaa tai kirvelyä, kroonistuneita haavaumia tai ulospäin kasvavia, verta vuotavia kasvaimia. Taudin levitessä ympäröiviin



elimiin oireet ilmenevät myös kipuna, virtsaamisvaivoina tai erilaisina oireina peräsuoleessa. Tauti voi siis levitä emättimeen, virtsaputkeen, peräaukon seutuun, imuteitse nivusten ja lantion alueelle ja veriteitse keuhkoihin. Ulkonäöltään se on usein kasvainmainen muutos tai ympäröiviä kudoksia syövyttävä haavauma, joka on epätarkkarajainen ja tulehdusreaktion ympäröimä. Diagnoosiin päästään ottamalla koepala kasvaimesta. (Puistola 2015.)

Tutkimus tapahtuu tietokonetomografialla ja lantion magneettitutkimuksella. Syöpä leviää usein isoista häpyhuulista ja niiden epiteelistä. Ulkosynnyttinalueella on myös tavattu melanoomaa ja Pagetin tautia, joka luokitellaan pahalaatuiseksi, mutta joka harvemmin leviää tai muodostaa etäpesäkkeitä. (Puistola 2015.)

### 3.6 Tutkimukset ja hoito

Gynekologisten syöpien hoitokäytäntö on varsin yhtenäistä suomessa, kattavamman hoitokokemuksen vuoksi hoito pyritään keskittämään yliopisto sairaaloihin. Gynekologisiin syöpätauteihin erikoistunut naistentautien erikoislääkäri vastaa gynekologisten syöpien hoidosta, mikä kattaa leikkaushoidon, solunsalpaaja ja muun lääkehoidon, sekä kokonaishoidon suunnittelun. Solunsalpaajahoidot pyritään toteuttamaan oman paikkakunnan naistentautien poliklinikalla, vaikka hoitava lääkäri olisikin eri paikkakunnalla. (Puistola 2015.) Syöpätyypistä ja levinneisyydestä riippuen hoito voi koostua seuraavista hoitomuodoista: leikkaus, solunsalpaaja- eli sytostaattihoito ja/tai sädehoidosta (VSSH 2017). Leikkaus voidaan tehdä avoleikkauksena tai syövän varhaisissa vaiheissa laparoskooppisesti, eli tähystysleikkauksena. Syövän laadusta ja levinneisyydestä riippuen leikkaus voidaan suorittaa säästävästi, jolloin pyritään säilyttämään osa synnytyselimistä. (Puistola 2015). Solunsalpaajahoidolla pystytään vaikuttamaan solun kasvuun ja jakautumiseen, hoidon avulla vahingoitetaan syöpäsolun jakautumisjärjestelmää, joka estää niiden lisääntymisen. Solunsalpaajat kykenevät verenkierron mukana savuttamaan myös sellaisia syöpäsoluja, joita ei näy röntgenissä tai muissa tutkimuksissa. Hoitoja toteutetaan yksilöllisesti 1-4 viikon välein yhdellä tai useammalla solunsalpaaja lääkkeellä. Solunsalpaajahoidoja käytetään yhdessä leikkaus ja/tai sädehoidon kanssa. (Ohjepankki VSSH 2017.) Sädehoidolla voidaan hoitaa erityyppisiä kasvaimia, usein se on osana hoitoa yhdessä lääke- ja leikkaushoidon rinnalla. Syöpäpotilaista noin joka toinen saa sädehoitoa. Sädehoito vaurioittaa syöpäsoluja ja siten voidaan vaikuttaa syöpäkasvaimeen ja etäpesäkkeisiin pienentävästi ja oireita vähen-

tävästi. Sädehoidolla pystytään vaikuttamaan moniin sellaisiin kasvamiin ja alueisiin joihin syöpälääkkeillä ei ole vaikutusta tai leikkaus ei ole mahdollinen. Suuri osa syövisistä on ainoastaan kohtalaisen herkkiä säteilylle, tällöin niitä ei pystytä kokonaan hävittämään, mutta kasvaimeen ja etäpesäkkeisiin voidaan vaikuttaa pienentävästi ja oireita vähentävästi. Sädehoitoa annetaan aina kohdennetusti, täten vältetään ympäröiviin kudoksiin kohdistuvaa haittaa. (Johansson 2015.)

Hoitojen päätyttyä potilas käy säännöllisesti seurantakäynneillä, joiden tarkoituksena on seurata taudin uusiutumista ja huomioida hoitojen jälkeistä palautumista. Käyntien tiheys riippuu siitä, mikä taudin tila on ollut diagnoosi hetkellä, sekä hoitojen jälkeen. (Puistola 2015).

### 3.7 Syöpä ja syöpähoitojen vaikutus potilaan ravitsemustilaan

Syöpä ja sen hoidot voivat vaikuttaa sairastuneen ravitsemustilaan ja altistaa vajaaravitsemukselle. Usein syöpää sairastavilla yhteisenä tekijänä on ravitsemukseen liittyvät ongelmat, joihin liittyy usein ruokahaluttomuutta, maku- ja hajumuutoksia, nielemisvaikeuksia, kiihtynyt aineenvaihdunta ja elimistön kataboliatila. Syöpäkasvaimen kasvu saattaa lisätä potilaan energiantarvetta ja aiheuttaa aineenvaihdunnassa muutoksia, kuten heikentää ruuan imeytymistä ja lisätä ravintoaineiden menetystä. Lisäksi jo syövän toteaminen ja psyykkiset vaikeudet kuten stressi ja masennus, voivat vähentää potilaan ruokahalua ja aiheuttaa laihtumista. (Sinisalo 2015.)

Syöpähoitot ovat usein raskas kokemus potilaalle ja ne aiheuttavat muutoksia potilaan kehoon. Leikkaushoito itsessään voi altistaa vajaaravitsemukselle, sillä se aiheuttaa kehossa aina stressireaktion, jonka seurauksena kudosten hajoamistila, eli katabolia, kiihtyy entisestään. (Sinisalo 2015.) Syöpäpotilaan hyvä leikkauksesta toipuminen edellyttää tavallista runsaampaa energian, proteiinien ja ravintoaineiden saantia. Tällöin haavojen paraneminen ja kudosten uusiutuminen on varmempaa. (Viitala 2016.)

Säde- ja soluslpaajahoitojen sivuvaikutukset kuten ruokahaluttomuus, pahoinvointi, oksentelu, ripuli, ummetus ja makumuutokset voivat vaikeuttaa syömistä suun kautta, häiritä imeytymistä tai jopa estää enteraalisen ravitsemuksen hetkellisesti. Vähentynyt ravinnon saanti aiheuttaa painon laskua ja heikentää potilaan yleisvointia. (Sinisalo 2015.) Viikoittainen painonseuranta on tärkeää, jotta mahdollinen painonlasku tulee havaittua riittävän ajoissa, sillä painonlaskun korjaaminen on vaikeampaa kuin sen

ennaltaehkäisy (Viitala 2016). Näin pystytään paremmin välttämään hoitoihin liittyviä komplikaatioita ja vähentämään kuolleisuutta (Sinisalo 2015). Joidenkin potilaiden kohdalla tilanne on päinvastainen, hormonihoitot ja kortisonilääkitys voivat aiheuttaa ruokahalun kasvua ja yhdessä vähentyneen fyysisen aktiivisuuden myötä johtaa painon nousuun (Nuutinen 2010).

Syöpäpotilaan oikeanlainen ravitsemushoito on tärkeä osa hoitoja, sillä sen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa ravitsemustilaa, estää tai pysäyttää painonlaskua, sekä mahdollistaa tarvittavat hoidot. Vajaaravitun potilaan vastustuskyky on heikentynyt, jolloin hän sietää huonommin syöpähoitoja ja leikkauksesta toipuminen on hitaampaa, jonka vuoksi huono ravitsemustila saattaa estää joidenkin hoitomuotojen käytön kokonaan. Tämän takia on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan ravitsemukseen, sillä hyvä ja riittävä ravinnon ja nesteensaanti vähentävät syövän hoitojen sivuvaikutuksia, sekä parantavat potilaan hyvinvointia ja elämänlaatua. (Nuutinen 2010.) Ravitsemushoidolla pyritään ylläpitämään potilaan yleiskuntoa sairauden kaikissa vaiheissa (Viitala 2016). Oleellista ravitsemushoidossa on yksilöllisyyden huomioiminen ja on tärkeää kunnioittaa potilaan toiveita ruokailusta (Sinisalo 2015).

## 4 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja luoda aiempaan tietämykseen ja eri lähteistä kerättyyn tietoperustaan pohjautuen Tyksin naistenklinikalle toimintamalli gynekologisen syöpäpotilaan vajaaravitsemuksen seulonnasta poliklinikalla. Työn tarkoituksena on tuoda ilmi vajaaravitsemuksen seulonnan tärkeys varhaisessa vaiheessa poliklinikalla ja sitä, miten ravitsemustila vaikuttaa syöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, paranemisprosessiin ja elämänlaatuun.

Työn tavoitteena on lisätä gynekologisilla poliklinikoilla työskentelevien hoitajien tietoa vajaaravitsemuksen varhaisen seulonnan tärkeydestä. Nykyisestä toimintamallista poiketen, tavoitteena on, että vajaaravitsemukseen pystyttäisiin puuttumaan jo varhaisemmissa vaiheissa ennen osastolle menoa, jotta löydetään riskipotilaat, jolloin voidaan ehkäistä komplikaatioita, sekä lyhentää sairaalassaoloaikaa.

## 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen opinnäytetyö pohjautuu toimeksiantoon tai työelämästä löytyneeseen kehittämistehtävään ja se tavoittelee käytännön toiminnan opastamista ja ohjeistamista. Erilaisia toiminnallisen opinnäytetyön tulokisa voivat olla: uusi tuote, palvelu, toimintatapa, työkäytäntö tai menetelmä. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää aina raportin ja produktin, eli toiminnallisen tuotoksen. (Tanskanen 2018; Airaksinen 2010.)

Työn toimeksiantaja on VSSHP naistenklinikka ja opinnäytetyö on osana käynnissä olevaa Steppi-hanketta. Steppi-hanke on vuonna 2015 startannut tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tarkoituksena on vahvistaa hyvän perushoidon toteutumista ja näyttöä sen vaikuttavuudesta hoitotyössä. Yhdistämällä näyttöön perustuvat perushoidon mittarit, laadun arvioinnin, hoitotyön kliinisen perusosaamisen, hoitotyön johtamisen päätöksenteon ja älykkään teknologian, voidaan edistää tarkoitusten toteutumista. (VSSHP Lundgren-Laine 2015.)

Toimintamalli pohjautuu eri lähteistä kerättyyn teorian tietoon, sekä tällä hetkellä käytössä olevaan käytäntöön. Teorian tietoa kerättiin ja etsittiin terveysalan kirjallisuudesta ja oppimateriaaleista, organisaatioiden materiaaleista ja eri tietokantoja käyttäen, kuten: Terveysportti, Medic, Cinahl Complete, Pub Med. Tiedon etsinnässä käytettiin mm. seuraavia hakusanoja: malnutrition, vajaaravitseminen, gynekologiset syövät, syöpä, syöpä ja ravitseminen, ravitseminen, vajaaravitsemuksen riskit, vajaaravitsemuksen seulonta, ravitsemuksen seulontamenetelmät, NRS 2002, MUST-tool, vajaaravitsemuksen diagnosointi. Käytettyjen lähteiden julkaisuvuodet sijoittuvat ajanjaksolle 2008-2018.

## 6 TOIMINTAMALLIN TOTEUTUS

Huono ravitsemustila hidastaa potilaan toipumista, heikentäen samalla potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä, joka taas lisää hoitoaikaa, työmäärää, kustannuksia ja kuolleisuutta. Vajaaravitun potilaan vastustuskyky on heikentynyt, jolloin hän sietää huonommin syöpähoitoja ja leikkauksesta toipuminen on hitaampaa, jonka vuoksi huono ravitsemustila saattaa estää joidenkin hoitomuotojen käytön kokonaan. (Nuutinen ym. 2010.)

Vajaaravitseminen koskettaa varovaisen arvion mukaan Suomessa lähes puolta miljoonaa sairaalapotilasta vuodessa. Sairauteen liittyvä vajaaravitseminen jää usein huomioimatta ja diagnosoimatta, vaikkakin sitä esiintyy kehittyneissä maissa 20-60%:lla sairastuneista ihmisistä ja syöpäpotilaista jopa 80%:lla. (Orell-Kotikangas ym. 2014.) Vuosittain naisilla todetaan Suomessa 13000 uutta syöpätapausta, joista 1500 on gynekologisia syöpiä (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2015).

Toimintamalli (Liite 3.) luotiin Tyksin naistentautien poliklinikalle vajaaravitsemuksen varhaisen seulonnan helpottamiseksi, ja jotta pystyttäisiin luotettavasti tunnistamaan vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat, niistä joilla riskiä ei ole. Toimintamalli on tarkoitettu avuksi gynekologisen syöpäpoliklinikan hoitajille, jotta ravitsemustilaan tulisi kiinnitettyä huomiota potilaan jokaisen käynnin yhteydessä, ja se olisi mahdollisimman yksinkertaista. Hyvä ravitsemustila on tärkeitä hoidoissa jaksamisen kannalta ja se edesauttaa hyvää elämänlaatua.

Toimintamallissa on ohjeistettu selkeästi, kuinka toimia siitä eteenpäin, kun asiakas saapuu polikliiniseen vastaanotolle. Ensimmäisenä mitataan asiakkaan paino ja pituus, sekä lasketaan asiakkaan painoindeksi, eli BMI-arvo. Tulokset kirjataan potilastietojärjestelmän hoitotaulukkoon. Painoindeksin lisäksi viitteitä ravitsemustilasta voidaan saada huomioimalla käynnin aikana asiakkaan ulkoista olemusta; mahdolliset näkyvät turvotukset (periferiat, kasvojen alue), sekä lihasmassan ja rasvan määrää kehossa.

Jo ensimmäisen poliklinikkakäynnin yhteydessä tulee tehdä MUST- seulontamenetelmän mukainen vajaaravitsemuksen seulonta, ja se toistetaan jokaisella käynnillä. Sen perusteella kuinka monta pistettä MUST-seulasta tulee, arvioidaan vajaaravitsemuksen riski, kirjataan tulos ja edetään seulonnasta saatujen pisteiden mukaisesti eteenpäin toimintamallissa. Jos asiakas saa 0 pistettä, riski vajaaravitsemukselle on vähäinen ja

tilannetta jäädään seuraamaan. 1 piste viittaa kohtalaiseen vajaaravitsemuksen riskiin ja ravinnon ja nesteensaantia tulee tällöin tarkkailla. Apuna tässä asiakkaan haastattelu ja esimerkiksi ruokapäiväkirjan pito. 2 pistettä tai enemmän, viittaa korkeaan riskiin, jolloin tilanteeseen tulee puuttua ja jo mahdollista vajaaravitsemusta hoitaa. Tässä tilanteessa hoitaja voi konsultoida ravitsemusterapeuttia tai noudattaa käytössä olevaa paikallista ravitsemushoitokäytäntöä. Asiakasta on tärkeää ohjeistaa hyvään ja monipuoliseen ravitsemukseen ja mahdollisesti ravintolisien käyttöön. Ravitsemustilan kehittymistä jäädään seuraamaan.

Kaikkien vajaaravitsemustilojen kohdalla tulee hoitaa taustalla olevaa sairautta ja antaa tarvittaessa ruokavalio-ohjausta. Joka käynnin yhteydessä seulonnasta saadut tulokset kirjataan potilastietojärjestelmään, jotta ravitsemustilan seuranta on ajantasaista ja mahdollinen ravitsemushoito onnistuu mahdollisimman hyvin. Jos ruokavaliossa ilmenee erityistarpeita, kirjataan ne potilastietojärjestelmään ja ohjataan noudattamaan paikallista ravitsemushoitokäytäntöä.

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Työn toteutukseen ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa, sillä työ ei sisällä varsinaista tutkimusta, joten asianmukainen toimeksiantosopimus riittää ja se toimitettiin tarvittaville tahoille. Työssä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä käyttämällä luotettavia, ajankohtaisia ja monipuolisia lähteitä ja tarkastelemalla aineistoja lähdekriittisesti (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat: rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, avoimuus, sekä vastuullisuus (TENK 2012). Näitä toimintatapoja toteutettiin lähdekriittisyydellä ja tarkastelemalla julkaisijan luotettavuutta. Näin pyrittiin kokoamaan mahdollisimman oikeellinen ja ajankohtainen teoreettinen viitekehys toimintamallin tietoperustaksi. Viit-taamalla julkaisuihin huolellisesti ja rehellisesti asianmukaisin tavoin, turvataan tekijän-oikeudet, kunnioitetaan toisen tekemää työtä ja autetaan lukijaa löytämään kirjallisuus, jonka pohjalta työ on tuotettu (Diak LibGuides 2018).

Lähteitä etsiessä käytettiin monipuolisesti ajankohtaisia, sekä suomenkielisiä, että eng-lanninkielisiä tietokantoja. Ennen raportointiosion aloitusta tehtiin opinnäytetyön suunnitelma, jonka pohjalta työtä ryhdyttiin tekemään. Opinnäytetyön käynnistyessä ja sen aikana otettiin sähköpostitse yhteyttä Tyksin naistenklinikan yhteyshenkilöön, jolta saatiin tietoa nykyisestä toimintamallista.

Ongelmaksi opinnäytetyötä tehdessä koettiin yhteyden löytäminen gynekologista syöpää sairastavien potilaiden ja vajaaravitsemuksen välillä. Yhteisen tutkitun tiedon vähäisyyden vuoksi nimenomaan gynekologista syöpää sairastavan vajaaravitsemus jäi työssä taka-alalle.



## 8 POHDINTA

Tyksin nykyisen käytännön mukaan gynekologisen vastuualueen syöpäpotilaiden vajaaravitsemusta seulotaan osastolla NRS 2002 vajaaravitsemuksen riskin seulontalomakkeella. Osastolle potilaat menevät poliklinikan kautta, jossa vajaaravitsemuksen seulontaa ei toteuteta järjestelmällisesti seulontalomakkeen avulla. Opinnäytetyön pohjalta luodun toiminatamallin tavoitteena on, että vajaaravitsemukseen ryhdyttäisiin puuttumaan jo varhaisemmissa vaiheissa poliklinikalla ennen osastolle menoa. Vajaaravitsemuksen seulonta on tärkeää, jotta riskipotilaat löydetään ajoissa, jolloin voidaan paremmin ehkäistä komplikaatioita, sekä lyhentää sairaalassaoloaikaa.

Toimintamallin vajaaravitsemuksen seulontalomakkeeksi valikoitui MUST-seulontamenetelmä. MUST soveltuu hoitajan työkaluksi aikuisen vajaaravitsemuksen seulontaan ja se on helppokäyttöinen ja nopeasti toteutettavissa poliklinikalla. MUST-menetelmällä saadaan nopeasti viitettä mahdollisesta vajaaravitsemuksesta ja tällöin hoitaja voi ohjeistaa asiakasta kiinnittämään huomiota hyvän ja monipuolisen ravitsemuksen toteuttamiseen kotiooloissa. Hyvällä ravitsemuksella pyritään ylläpitämään potilaan yleiskuntoa sairauden kaikissa vaiheissa (Viitala 2016). Kun ravitsemustilaan kiinnitetään jo varhaisessa vaiheessa huomiota, voidaan paremmin ehkäistä vajaaravitsemuksen kehittymistä ja korjata jo mahdollista vajaaravitsemustilaa. Näin mahdollistetaan monipuoliset hoidot, hoidoissa jaksaminen ja parempi hoidoista toipuminen. (Nuu-  
tinen 2010.) Syöpäpotilaalla energiantarve pysyy samana kuin terveellä ihmisellä, sillä vaikka fyysinen aktiivisuus olisikin vähentynyt, niin sairauden aiheuttama tulehdustila lisää energian tarvetta. Kuitenkaan pelkästään ravinnonsaantia lisäämällä ei voida korjata kroonisesti sairaan vajaaravitsemusta tai ravitsemustilaa. Tila voi korjautua täysin vasta kun sairastuneen tila stabiloituu. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Työtä ja toimintamallia tehdessä, tulimme tulokseen, että MUST-seulontamenetelmä soveltuu hyvin poliklinikalla käytettäväksi. NRS 2002 kuitenkin ottaa huomioon yksityiskohtaisemmin sairauden vaikeusasteen ravitsemustilanteen kannalta, jonka vuoksi menetelmä on MUST-menetelmää soveltuvampi osastohoidossa olevien potilaiden ravitsemustilan seulonnassa.

Opinnäytetyötä tehdessä ja työn edetessä heräsi monia ajatuksia aiheeseemme liittyen, päällimmäisenä mieleen jäi vajaaravitsemuksen varhaisen seulonnan hyöty ja tärkeys. Kun seulonta otetaan heti hoitokontaktin alkaessa osaksi asiakkaan hoitoa, ovat

vaikutukset myönteisiä sekä yksilön, että yhteiskunnan tasolla. Myönteisinä vaikutuksina voidaan havaita mm. hoidossa oloaikojen lyhentyminen, hoitajien työmäärään vähentyminen, yhteiskunnallisten kustannusten lasku ja kuolleisuuden vähentyminen.

Työn teoreettista viitekehystä kirjoittaessa tietoa löytyi hyvin vaihtelevasti. Vajaaravitsemuksesta ja syöpäpotilaan ravitsemushoidosta tietoa löytyi suhteellisen helposti, mutta haasteena oli yhdistää vajaaravitsemus ja gynekologiset syöpäpotilaat. Kuitenkaan juuri gynekologista syöpää sairastavan vajaaravitsemuksesta olevaa tietoa ei tarvittu. Sillä riippumatta syövästä ja sen sijainnista, syöpähoidot ja sairauden aiheuttama kehon tulehdustila vaikuttavat potilaan ravitsemustilaan.

Lisäämällä hoitajien tietoa vajaaravitsemuksesta ja sen seulonnan tärkeydestä, voidaan heitä tekemään vajaaravitsemuksen seulontoja säännöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Kun tietoa aiheesta on enemmän, ymmärrys sen tärkeyttä kohtaan korostuu ja hoitajat sitoutuvat käyttämään toimintamallia yhdenmukaisesti ja järjestelmällisesti. Näin edistetään potilasturvallisuutta ja potilaan hyvinvointia. Yleisesti voidaan todeta, että ravitsemustila on iso osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, hyvä ravitsemustila auttaa hoidoissa jaksamista ja edesauttaa hyvää elämänlaatua.

Tämä opinnäytetyö keskittyy tarkastelemaan vajaaravitsemusta ja sen syntyä enimmäkseen fysiologiselta pohjalta, johon lukeutuu mm. sairaus ja sen aiheuttama kehon tulehdustila, sekä syövän hoitojen vaikutukset. Syövän toteaminen ja psyykkiset vaikeudet, kuten stressi ja masennus voivat vähentää potilaan ruokahalua ja aiheuttaa laihtumista, sekä vaikuttaa potilaan ravitsemustilaan (Sinisalo L. 2015). Tästä heräsiikin ajatus myös syövän toteamisesta aiheutuvien ajatusten ja tunteiden vaikutuksista ravitsemustilaan. Olisikin mielenkiintoista tutkia kuinka potilaan psyykkinen hyvinvointi, sekä mahdolliset mielenterveysongelmat vaikuttavat vajaaravitsemuksen riskiin ja kuinka sitä voitaisiin hoitaa ja ennaltaehkäistä.

## LÄHTEET

Airaksinen, T. 2010. Toiminnallinen ont tekstina 2010. LinkedIn Corporation © 2018. Viitattu 8.5.2018 [https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-ont-tekstina-2010?next\\_slideshow=1](https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-ont-tekstina-2010?next_slideshow=1)

BAPEN: the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. 2018. Who we are. BAPEN: the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Viitattu 3.5.2018 <http://www.bapen.org.uk/about-bapen/about-us/who-we-are>

ESPEN: the European Society for Society for Clinical Nutrition and Metabolism. 2016. Who we are. ESPEN Copyright © 1998-2018. Viitattu 3.5.2018 <http://www.espen.org/espen/aims>

Fogelholm, M. Hakala, P. Kara, R. Kiuru, S. Kurppa, S. Kuusipalo, H. Laitinen, J. Marniemi, A. Misikangas, M. Roos, E. Sarlio-Lähteenkorva, S. Schwab, U. Virtanen, S. 2014. Terveyttä ruoasta, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. 2. korjattu painos. Tampere: Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta. Viitattu 5.3.2018 [https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset\\_terveytta-ruoasta\\_2014\\_fi\\_web\\_v4.pdf](https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_terveytta-ruoasta_2014_fi_web_v4.pdf)

Gothoni, R. 2018. Osallistuvan ja tutkivan kehittämisen opas: Eettiset periaatteet tutkivassa ja kehittävässä työssä. Viitattu 13.3.2018 <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=2793510>

Johansson, R. 2015. Sädehoito. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.4.2018 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=gynekologisten%20sy%C3%B6pien%20leikkaushoito](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=gynekologisten%20sy%C3%B6pien%20leikkaushoito)

Mäkelä, K. 2015. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan. Pro gradu-tutkielma. Ravitsemustiede. Lääketieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 25.4.2018 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20160134/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20160134.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160134/urn_nbn_fi_uef-20160134.pdf)

Nutricia Medical Oy. 2008. Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST, opas MUSTin käyttöön vajaaravitsemusriskin seulonnassa. Newprint Oy. Viitattu 3.5.2018 [http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/MUST\\_OpasA5.pdf](http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/MUST_OpasA5.pdf)

Nuutinen, O. Siljamäki-Ojansuu, U. Peltola, T. 2010. Vajaaravitsemuksen riskin seulonta. Suomen Lääkärilehti 2010. Viitattu 6.3.2018 <https://www.laakarilehti.fi/haku/?q=vajaaravitsemuksen+riskien+seulonta>

Nykänen, E. Manninen, R. Mäki-Maunus, E-M. Uutela, M. Valkonen, T. 2015. Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen ja ravitsemushoito. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 3.5.2018 [fi-  
le:///C:/Users/Emmi/Downloads/Vajaarav\\_kuntakoulutukset\\_2015\\_KSSHHP%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Emmi/Downloads/Vajaarav_kuntakoulutukset_2015_KSSHHP%20(1).pdf)

Orell-Kotikangas, H. Antikainen, A. Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018. Viitattu 6.3.2018 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/21/duo11941>

PHHYKY 2016. Gynekologiset syövät. Viitattu 5.3.2018 <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/naistentautien-poliklinikka/gynekologiset-syovat/>

Pihlajamäki, J. Gylling, H. Schwab, U. 2012. Vaikeasti sairaan ravitsemus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018. Viitattu 6.3.2018 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/17/duo10481>

Puistola, U, Leiminen, A. Rosenberg, L. 2015. Gynekologisen syöpäpotilaan opas. Suomen syöpäpotilaat ry. Viitattu 10.4.2018 [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-  
alueelliset/sites/271/2016/10/18152629/GynekologisenSyopapotilaanOpas.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/271/2016/10/18152629/GynekologisenSyopapotilaanOpas.pdf)

Rintahaka, J. 2017. Vajaaravitsemus on vaarallista. Rinnekoti-Säätiö KV- tietopankki. Viitattu 3.5.2018 [http://www.kvtietopankki.fi/terveyden-  
edistaminen/Ravitsemus/vajaaravitsemus](http://www.kvtietopankki.fi/terveyden-edistaminen/Ravitsemus/vajaaravitsemus)

Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. Viitattu 15.3.2018.

Suomen Syöpärekisteri. 2015. Tärkeimpiä tilastoja 2015. Viitattu 10.4.2018  
<http://syoparekisteri.fi/syopa-suomessa/tarkeimpia-tilastoja/>

Syöpäjärjestöt. Syövän toteaminen ja tutkimukset. Viitattu 11.4.2018  
<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syovan-toteaminen-ja-tutkimukset/>

Tanskanen, I. 2016. Opinnäytetyön lajit. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2018  
[www.messi.turkuamk.fi/etusivu>opiskelu>opinnäytetyö>opinnäytetyölajit](http://www.messi.turkuamk.fi/etusivu>opiskelu>opinnäytetyö>opinnäytetyölajit)

Tarnanen K, Heikkinen T, Laukkala T. Munasarjasyöpä. Käypä hoito- suosituksen mu-  
 nasarjasyöpä potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (Vii-  
 tattu 10.4.2018). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Tiitainen, A. 2017. Kohdunrunгон syöpä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.4.2018  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00145](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00145)

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-  
 kausepäilyjen käsitteleminen suomessa, tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan ohje  
 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. Viitattu 13.3.2018  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Viitala, H. Bingham, C. 2016. Syöpäpotilaan ravitsemusopas, käytännön ohjeita syö-  
 vänhoidon aikana. 4. uusittu painos. Suomen syöpäpotilaat ry yhteistyössä ravitsemus-  
 terapeuttien yhdistyksen kanssa. Viitattu 4.4.2018 [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-  
 alueelliset/sites/271/2016/10/18132917/SyopapotilaanRavitsemusopas\\_2016.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/271/2016/10/18132917/SyopapotilaanRavitsemusopas_2016.pdf)

VSSHHP 2017. Gynekologinen syöpä ja solunsalpaajahoito. Potilasohje. VSSHHP ohje-  
 pankki. Viitattu 11.4.2018 [https://hoito-  
 oh-  
 jeet.fi/OhjepankkiVSSHHP/Gynekologinen%20sy%C3%B6p%C3%A4%20ja%20solunsal-  
 paajahoito.pdf](https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHHP/Gynekologinen%20sy%C3%B6p%C3%A4%20ja%20solunsalpaajahoito.pdf)

VSSHHP 2017. Gynekologiset syövät. Viitattu 5.3.2018 [http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-  
 tutkimukset/syopa/Sivut/gynekologiset-syovat-ja-kasvaimet.aspx](http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/syopa/Sivut/gynekologiset-syovat-ja-kasvaimet.aspx)

VSSHHP. Lundgren-Laine, H. 2015. Terveyttä tuottava perushoito, Steppi-hanke. Viitattu 15.15.2018 <http://docplayer.fi/6158944-Terveytta-tuottava-perushoito-steppi-hanke.html>

VSSHHP 2018. Naistenklinikka, yleisesittely. Viitattu 13.3.2018  
<http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/to7/Sivut/default.aspx>

**NRS 2002 -menetelmä**  
**vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa<sup>1</sup>**  
Päiväys \_\_\_\_\_

**POTILAAN PERUSTIEDOT**

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Paino 3 kk sitten (kg)
	<input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus		

**1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA**

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruoan määrä edeltävällä viikolla
<input type="checkbox"/> Yli 20,5      = 0 p.	<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut      = 0 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän      = 0 p.
	<input type="checkbox"/> 5–10 %      = 1 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet      = 1 p.
<input type="checkbox"/> 18,5–20,5      = 2 p.	<input type="checkbox"/> 10–15 % (yli 5 % / 2 kk)      = 2 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle      = 2 p.
<input type="checkbox"/> Alle 18,5      = 3 p.	<input type="checkbox"/> Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk)      = 3 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän      = 3 p.
<b>Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruoan määrä</b>		

**2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA**

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
<b>Vaikeusaste</b>	Normaali tilanne	Lievä <ul style="list-style-type: none"> <li>• heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jalkeilla oleva potilas</li> <li>• kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa liitännäissairauden vuoksi</li> <li>• krooninen haava alle 25 cm<sup>2</sup></li> <li>• paikallinen syöpä</li> <li>• alkoholi- tai huumeongelma</li> </ul>	Kohtalainen <ul style="list-style-type: none"> <li>• vuodepotilas</li> <li>• liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt syöpä, vaikea suoliston tulehdussairaus, äskettäinen suuri vatsan alueen leikkaus, toistuvat leikkaukset, äskettäinen aivohalvaus, vaikea tulehdus, palovamma, painehaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma, akuutti leukemia</li> </ul>	Vakava <ul style="list-style-type: none"> <li>• tehohoito</li> <li>• pään alueen vammat</li> <li>• kantasolusiirto</li> <li>• laihuushäiriö</li> </ul>	

**3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE**

<b>SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)</b>	
---	--

## SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

☐ **0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä**

- Kirjaa seulontatulos.
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

☐ **1–2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemuksen riski**

- Kirjaa seulontatulos.
- Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen.
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

☐ **3–4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski**

- Kirjaa seulontatulos.
- Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti).
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

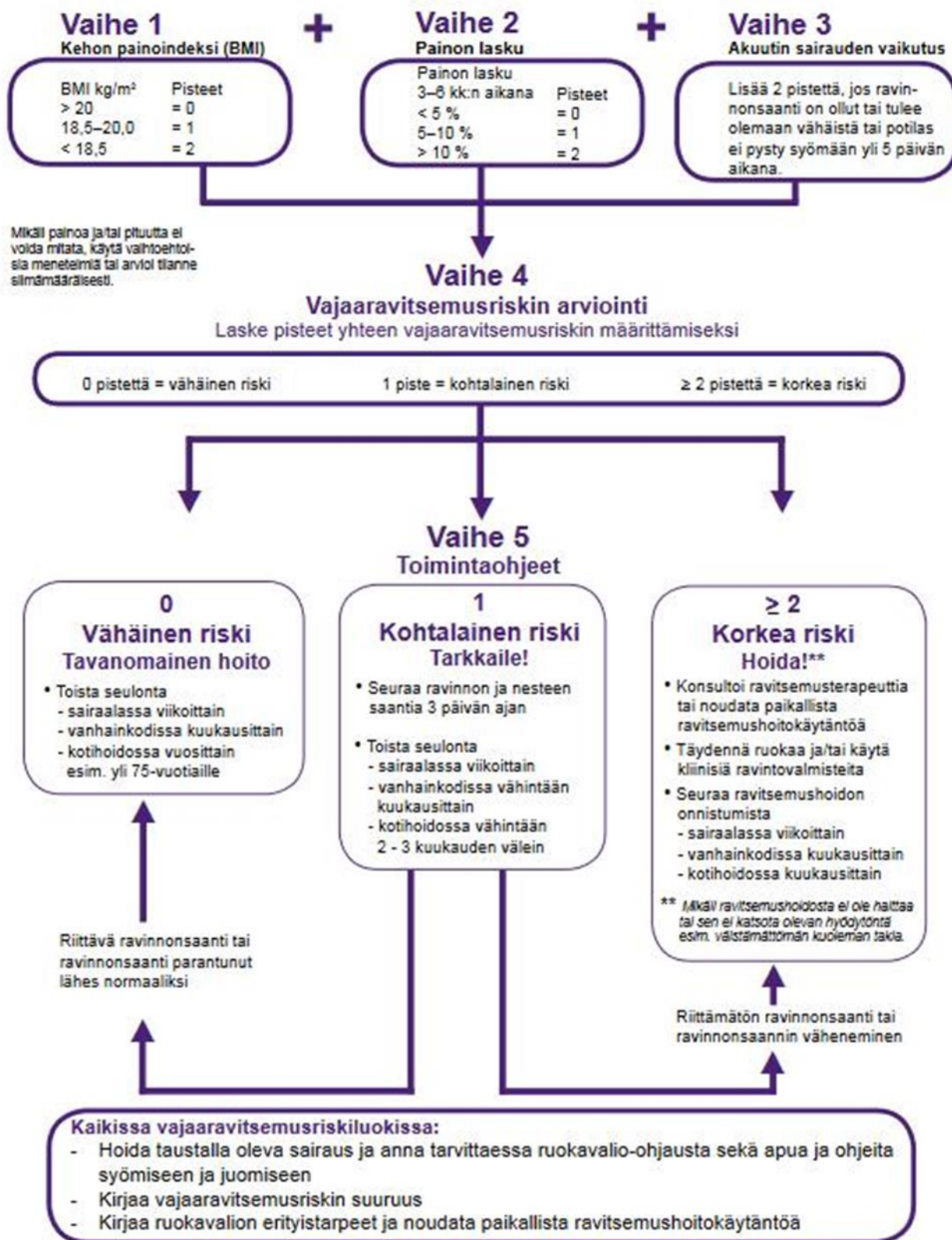
☐ **5–7 pistettä: Vakava vajaaravitsemuksen riski**

- Kirjaa seulontatulos
- Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti).
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

<sup>1</sup> Mukailtu Kondrupin ym.(2003) julkaisusta sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan (2007) lomakkeesta.



## MUST Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä



## Toimintamalli vajaaravitsemuksen seulontaan Tyksin naistentautien poliklinikalle

